FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 décembre 1906, à 1 heure

PAR

Paul VANEL

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Dentiste diplômé de l'Ecole dentaire de Paris

DES ACCIDENTS

DE LA

PREMIÈRE DENTITION

Président: *M.* HUTINEL, *Professeur.*

Juges: *MM.* CHANTEMESSE, *Professeur.*
MÉRY, *Agrégé.*
BESANÇON, *Agrégé*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU / TERRIER. / BERGER. / RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU.	GOUGET	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT	JEANSELME.	MAUCLAIRE	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA PETITE SOLANGE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIZET
Tenon, 1900.

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON
Bichat, 1902-1903.

MONSIEUR LE DOCTEUR SEVESTRE
Bretonneau, 1903-1904.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD
Tenon (Externat, 1904-1905.)

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER
Tenon (Externat, 1905-1906.)

MONSIEUR LE DOCTEUR NETTER
Trousseau (Externat, 1906.)

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVARD

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI
Saint-Louis (Externat, 1906.)

A MON AMI MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVY

Ancien interne des hôpitaux.
Chef du laboratoire central à l'hôpital Bretonneau.

Qui nous a aidé et conseillé pendant tout le cours de nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser ici nos plus sincères remerciements.

Enfin ce serait de l'ingratitude que d'oublier nos maîtres de l'Ecole dentaire, qui pendant deux ans (1905-1906) ne nous ont pas ménagé leurs conseils :

M. le docteur GODON, directeur de l'Ecole ;
M. le docteur SAUVEZ, directeur-adjoint ;
M. BLATTER ;
M. DELAIR ;
M. LEVETT ;
M. le docteur AUDY ;
M. le docteur MAHÉ ;
M. MARTINIER ;
M. CECCONI.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales et dentaires, dans les hôpitaux de Paris et à l'Ecole dentaire de Paris, nous avons été frappés des divergences d'opinions existant entre les auteurs sur cette question des accidents de la première dentition.

Ayant, depuis plusieurs années, étudié dans son ensemble la première dentition humaine, nous pensons pouvoir déclarer : les accidents de la première dentition existent. Bien entendu, il ne faut pas en exagérer l'importance ; les opinions extrêmes, intransigeantes devant être bannies de la médecine ; il est simplement nécessaire, de préciser la question.

La dentition comme le développement de l'être tout entier, est un phénomène normal, le plus souvent se déroulant avec sa régularité physiologique ; mais comme chez l'homme il n'y a rien d'immuable, de fixe, son évolution peut bien présenter dans certains cas des modalités : anomalies dans l'âge de sortie ; poussée difficile, laborieuse ; enfin, l'apparition des dents peut s'accompagner parfois de phénomènes morbides qui constituent de véritables complications, les accidents de la première dentition.

Notre travail comprendra deux chapitres : le premier

sera l'exposé historique de la question jusqu'à nos jours.

Dans le deuxième nous discuterons et nous étudierons ce qui, pour nous, doit être considéré comme accidents de dentition.

CHAPITRE PREMIER

I

Pendant cette longue période qui va d'Hippocrate à la fin du XVIII[e] siècle, on mit sur le compte de la dentition tous les accidents, toutes les maladies du premier âge. Des facteurs étiologiques des maladies de l'enfance, le plus souvent invoqué fut la dentition.

Différents auteurs s'occupèrent spécialement de cette question :

Duvernoy. Mémoires à l'Académie des Sciences, 1689.

Eustachius. *Opuscula Anatomica*, 1707.

Girrtaner et Hunter. *Traité de la dentition*, 1728 qui sont déjà d'avis de restreindre les accidents dits de dentition.

Bunon. Maladies des dents, 1743, qui un des premiers soutint que les convulsions d'origine dentaire sont limitées à la face.

Fauchard. Nouveaux éléments d'Odontologie, 1754.

Haller. *Elementa physiologica corporis humani*, 1764.

Rosen de Rosenstein. Maladies des enfants, 1787.

II

Du XVIII^e^ siècle au milieu du XIX^e^ la clinique intervient ; l'étiologie si complexe des maladies infantiles est mieux connue et le phénomène intime de l'éruption dentaire se précise.

Et déjà Serres : proteste « Il faut admettre, dit-il, que ces accidents ont une toute autre cause que l'éruption dentaire. »

Capuron (1813) recherche scrupuleusement la cause des douleurs. Pour lui cette douleur provient soit du déchirement de la gencive, soit de l'enfoncement de la racine dans l'alvéole et par suite de la compression des nerfs dentaires. Il ne conteste pas la gravité des états morbides qui l'accompagnent, parfois de pronostic grave, et il reconnaît les accidents de la première dentition comme la cause de la mort de la sixième partie du genre humain.

Henke (1814) soutient que la dentition est un phénomène normal, physiologique, pouvant provoquer des accidents locaux, mais incapable de produire des accidents généraux.

Guibert, dans les *Archives générales de médecine*, 1827, étudie surtout les cas de morts par convulsions et diarrhée.

Pour Billard (1828) la dentition est un acte physiologique qui doit se faire sans accidents ; les troubles qui

l'accompagnent sont concomitants mais n'en dépenden pas.

Guersant, 1835, décrit parfaitement les accidents de dentition : convulsions, diarrhée, état typhoïdique. Il cite un des premiers les accidents laryngés et conjonctivaux ; il traite enfin de l'incision gingivale qui pour lui n'est pas très utile et souvent même ne fait que retarder la sortie de la dent par ouverture trop précoce de la capsule dentaire.

Richard, de Nancy décrit, en 1839, les accidents oculaires.

Eisenman, 1841, traite des accidents gastro-entériques dus à l'apparition des premières dents.

Rilliet et Barthez, 1843, décrivent les accidents contemporains de la première dentition, mais en réservent l'étiologie.

Duclos, de Tours, 1847, considère la dentition comme un des facteurs étiologiques les plus importants des maladies de l'enfance. Il décrit les accidents cutanés: érythème, eczéma, impétigo, herpès, acné. Il insiste surtout sur les accidents laryngo-broncho-pulmonaires qu'il regarde comme graves. Quant aux accidents nerveux, il les fait dépendre uniquement de l'hérédité.

Trousseau, 1848, dit : « L'éruption des dents temporaires peut causer des accidents locaux, mais il est difficile de leur attribuer tous les accidents généraux de cette période, et plus simple d'en chercher la cause dans une alimentation défectueuse. Cependant, on doit noter la coexistence, très fréquente, de l'éruption dentaire et de la diarrhée infantile. En dehors de toute dentition, en effet,

un quart des enfants ont de la diarrhée, tandis que sur un nombre déterminé d'enfants en pleine éruption dentaire, les deux tiers en sont atteints. »

Bijeard, 1849, pense que tout s'enchaîne ; l'éruption de la dent produit de la douleur, la douleur entraîne le manque de sommeil, le manque de sommeil la fatigue, la fatigue enfin un état de moindre résistance qui fait que l'enfant résiste moins bien aux assauts des divers états morbides qui l'entourent, aux influences climatériques, ainsi qu'aux conséquences d'une alimentation et d'une nutrition défectueuses.

En Allemagne, Wichman soutint qu'il ne peut y avoir accidents de dentition sans modification du côté des gencives. « On ne pourra parler raisonnablement de dentition que lorsqu'il sera impossible de découvrir autre chose. » Les mêmes idées sont sontenues par Brefeld, Politzer, Flichman.

Pour Politzer : « Il est temps qu'il ne soit plus question en pathologie et en thérapeutique de troubles attribués à la dentition. Expliquer des phénomènes bizarres, obscures par des troubles de l'évolution dentaire, c'est mettre un inconnu à la place d'un autre inconnu ; il vaut mieux dans ce cas avouer son ignorance. Quand bien même on ne trouverait pas d'autres causes que la dentition elle-même pour expliquer des accidents qui surviennent au moment où elle a lieu, il ne faudrait pas encore parler d'accidents de dentition parce qu'en formulant un diagnostic on doit tenir compte des symptômes et non des causes présumées. Il y aura danger pour les enfants tant que les accidents de dentition n'auront pas disparu du

cadre de la nosologie parce qu'ils seront toujours l'occasion d'erreurs regrettables de la part des médecins. »

En Angleterre, Ch. West, J. Tomes et Ch. Tomes s'occupèrent également de cette question, et pour l'époque (1870), leur opinion est très intéressante à connaître.

Le docteur West dit : « On exagère en regardant la dentition difficile comme une cause de maladies graves survenant pendant cette période de l'enfance. L'erreur commise consiste non dans l'exagération des dangers de cette époque où s'accomplissent des changements aussi importants, mais dans l'unique considération d'une seule des manifestations, la dentition. » Cependant il reconnaît que l'époque de la dentition est en réalité pour l'enfant une occasion particulière de dangers, bien qu'on ne comprenne pas toujours très bien pourquoi, et il y a lieu de se féliciter quand on voit le travail de la dentition terminé.

J. Tomes et Ch. Tomes disent également : « Les tables de mortalité mettent sur le compte de la dentition plus de 4 p. 100 des morts au-dessous d'un an et plus de 7 p. 100 entre ce dernier âge et trois ans. Mais avant d'accepter ces résultats, il faudrait prouver que la dentition désordonnée n'est pas une affection secondaire, ou que sa cause était incapable de produire elle-même la mort. Il faudra distinguer si les accidents qui surviennent dans le cours de la dentition dépendent bien de quelque perturbation dans l'éruption dentaire ou si elle ne serait pas l'effet d'un état morbide dont la dentition défectueuse ne serait elle-même qu'un symptôme. Il sera bon avant tout d'examiner l'état des mâchoires. »

Donc une réaction s'était déjà faite contre les anciennes idées attribuant tous les accidents de l'enfance à la dentition. Certains en étaient même venus à considérer la dentition comme un phénomène physiologique incapable d'occasionner des accidents locaux graves, à plus forte raison des accidents généraux.

Il y a là une exagération; l'Ecole anglaise dès cette époque touchait déjà la vérité. La dentition n'est certes pas la cause de tous les méfaits qu'on lui a imputés, mais quelques accidents lui sont reprochés à juste titre, le fait est manifeste : pourquoi systématiquement vouloir le nier ?

Nous arrivons enfin à la dernière période qui s'étend de 1880 à nos jours. A la suite des travaux de Magitot, on diminue de plus en plus la classe des accidents de dentition jusqu'à la nier. Cependant certains auteurs, malgré l'opinion classique d'alors, essaient de réhabiliter et de faire accepter ce que raisonnablement on doit entendre par accidents de la première dentition ; et de plus, nous-mêmes nous avons pu constater au cours de nos études que la plupart de nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole dentaire reconnaissaient l'existence d'accidents de dentition.

En 1880-82, Magitot et son élève Lévêque affirment, à la suite d'expériences et d'observations cliniques, que la première dentition n'a aucun rapport avec les accidents dits de dentition, qui en réalité n'existent pas.

« Le mécanisme de l'éruption est fort simple, disent-ils. L'éruption à l'état physiologique est un phénomène lent et progressif qui entraîne la résorption de la muqueuse par compression simple ; le passage de la couronne au travers des tissus vasculaires ne s'accompagne d'aucune lésion, d'aucun traumatisme appréciable, les tissus comprimés se résorbent par un travail insensible sans inflammation ni hémorrhagie.

« Pourquoi ces accidents seraient-ils exclusifs à cette première phase de la dentition, alors qu'au point de vue physiologique elle est évidemment bien moins susceptible

de produire des désordres locaux, puisque les premières dents apparaissent sans traumatisme d'aucune sorte sur des gencives vierges et entièrement libres de tout obstacle ?

« Comment établira-t-on cette intervention lorsque des accidents ordinairement attribués à la première dentition se produisent, soit avant l'apparition, soit après l'achèvement complet de celle-ci ?

« Comment expliquer que des lésions très souvent observées et plus ou moins graves des follicules en voie d'éruption (abcès, hématocèle, ectopie), n'ont jamais été cause d'accidents dits de dentition ? »

« Comment expliquer que des expériences faites sur les animaux, blessures des follicules, lésions de la gencive, n'ont pas produit les mêmes accidents ?

« Comment rattacher à la dentition les troubles morbides qu'on observe dans le premier âge chez beaucoup d'animaux domestiques, accidents qui sont en tous points analogues à ceux de l'homme, alors que l'éruption des premières dents est achevée et y est par conséquent tout à fait étrangère ?

« Enfin, dit-il, il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue. La théorie des accidents de dentition ne nous paraît basée jusqu'à présent sur aucune preuve absolue ; et nous souhaitons que la classe des maladies dites de dentition chez l'homme, soit définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale. »

En lisant le mémoire de Magitot, on constate que cet au-

teur se base surtout pour nier les accidents de dentition sur ce fait qu'il n'a jamais vu de lésions locales, qui pour lui sont absolument nécessaires et primordiales. Malheureusement dans ses recherches Magitot était persuadé d'avance qu'il ne trouverait rien ; il avait sur ce sujet des idées préconçues, et quand bien même il n'aurait jamais constaté extérieurement de lésions, ce n'était pas une raison pour les nier.

La même année, Blachez proteste au nom de la clinique ; il soutient que l'éruption des dents de lait est capable de provoquer des accidents locaux et quelquefois même des accidents généraux ; c'est, dit-il, la première époque critique de la vie.

En 1885, thèse de Abadie, qui défend l'ancienne théorie.

Un peu plus tard, Chaumiers, de Tours, soutient que les prétendus accidents nerveux dus à la dentition ne sont que des troubles hystériques et en même temps il nie toute espèce d'accidents de dentition.

Comby, en 1888, dans un travail sur la première dentition, reconnaît les accidents locaux qui ne peuvent être contestés et dont le diagnostic est élémentaire ; mais il fait des réserves sérieuses sur les accidents généraux. « La seule question à débattre, dit-il, est de savoir si le travail de la dentition est capable à lui seul de provoquer, d'entretenir ou d'aggraver certains états morbides. En d'autres termes faut-il attribuer à la première dentition une action pathogénique réelle et sérieuse? » « Y a-t-il entre la dentition et les maladies de cette époque un rapport de causalité ou un rapport de coïncidence? Chez les

enfants sains, élevés par la mère, les maladies de dentition sont exceptionnelles, au contraire elles sont communes chez les enfants élevés dans de mauvaises conditions hygiéniques, atteints de quelque tare héréditaire, ou sous le coup des maladies acquises. Nous croyons que les accidents de dentition sont au point de vue pratique, absolument insignifiants. »

Puis, en 1892, eut lieu à l'Académie de médecine cette fameuse discussion qui malheureusement s'éteignit sans conclusion. M. Ollivier, médecin des Enfants-Malades lut son rapport sur un travail du docteur Chaumiers de Tours concluant que les convulsions qu'on attribuait à la dentition n'étaient que des troubles hystériques. Magitot pensant que ces vues étaient en faveur de sa doctrine, proposa alors de rayer du cadre de la pathologie infantile les accidents dits de dentition. M. Pamard, d'Avignon, défendit à son tour ces accidents, et à son avis se rangèrent : Leroy de Méricourt, Hérard, Charpentier, Peter, Hardy, Constantin Paul.

Quelque temps après, en 1893, Poinsot, dans son livre « des accidents de la première dentition » montra que ce débat était resté stérile parce que, trop absolus, les uns s'étaient cantonnés dans les arguments anatomiques, les autres dans l'observation clinique. Il constatait que Magitot avait omis de distinguer des dentitions normales et des dentitions pathologiques, et lui-même pensait que si normalement l'éruption de la première dentition se faisait sans troubles, elle pouvait néanmoins causer des accidents réflexes chez un enfant à dentition anormale, en particulier chez les rachitiques.

La même année dans sa thèse, le docteur Mahieu soutint l'existence d'accidents locaux et généraux.

En 1895, M. Loup, dans un travail intitulé *De la douleur de dentition, son traitement par la teinture d'iode* étudie la douleur qui accompagne si souvent l'éruption des dents temporaires et en fait non plus du prurit gingival, mais une douleur profonde ayant son origine dans le travail intime de l'éruption.

En mars 1895, M. Arnstein de Varsovie, discutant l'influence de la dentition sur la morbidité des enfants, conclut que :

1° La dentition, fait essentiellement physiologique, ne s'accompagne dans un très grand nombre de cas d'aucune manifestation pathologique.

2° Cependant assez souvent divers états pathologiques, notamment les phénomènes nerveux, réflexes, et les affections de la bouche, doivent être rattachés à une dentition difficile.

3° Les maladies thoraco-abdominales et méningées ne dépendent probablement jamais de la dentition.

Kassowibz (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1896) nie tous les accidents de dentition, « le nom de stomatite de dentition devrait être rayé de la pathologie infantile, dit-il ». De même il nie toute élévation de température, les convulsions, la diarrhée qui serait toujours causé par une alimentation défectueuse.

En 1896, thèse du docteur Meunier de Toulouse qui admet des accidents locaux inflammatoires, des accidents non inflammatoires, phénomènes réflexes, secrétoires, excrétoires et convulsifs. Quant aux autres maladies et aux

éruptions cutanées elles sont absolument indépendantes de la dentition.

Le docteur Millon, en 1897, rapportant le résultat de ses observations sur l'éruption des dents chez les enfants, admet les troubles locaux, mais nie les accidents généraux.

En 1897 également, M. Chompret, dans un article de la *Revue médicale*, décrit le phénomène d'éruption, insiste sur le travail d'ostéite raréfiante et condensante, qui fait disparaître et élève la paroi antérieure alvéolaire ; admet certains troubles généraux, et déclare que pour lui les troubles nerveux seraient dus à l'irritation des nerfs dentaires par compression et à la transmission de cette irritation au cinquième nerf et parfois au bulbe.

Le docteur Cruet dans son livre *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, 1898, nie les accidents généraux réflexes, admet « les accidents locaux qui ne s'expliquent que par l'infection » et quelquefois des généralisations infectieuses. Dans la préface de ce livre, M. le professeur Lannelongue reconnaît des accidents réflexes chez des enfants prédisposés.

Dans une clinique faite sur les accidents de dentition, M. Ausset, de Lille, insiste sur l'importance qu'il y a à bien saisir la relation qui existe entre la dentition et certaines affections de l'enfance. « Incontestablement, dit-il, c'est là un rapport qui n'est pas facile à déterminer. En effet, il ne suffit pas de constater l'apparition d'une maladie dans le cours de l'évolution dentaire pour conclure qu'elle est la conséquence de ce travail physiologique ; pour en avoir le droit, il faudra auparavant apprécier sai-

nement le rapport qui unit ces phénomènes et bien examiner si leur existence n'est que pure coïncidence, ou si, au contraire, il y a bien réellement entre eux rapport de cause à effet. » Puis après avoir étudié les accidents locaux et généraux, il insiste sur la soudaineté d'apparition de ces accidents : « C'est en effet, dit-il, le propre des accidents liés à la dentition de naître presque subitement juste au moment de l'évolution d'une dent. Et non seulement ces accidents débutent brusquement mais aussi ils disparaissent de même, le jour où la dent est sortie. Enfin ayez bien présent à l'esprit que les troubles de la dentition ne constituent pas des maladies réelles ; ce sont de simples accidents, je dirais presque des incidents, des altérations purement fonctionnelles, passagères qui simulent parfaitement des maladies à lésions anatomiques déterminées, mais qui gardent toujours avec ces dernières la différence profonde que leur marche est très irrégulière, sans règles bien fixes et que le début et la cessation en sont toujours rapides. J'attache une réelle importance à l'évolution dentaire dans la production de certains accidents, mais cela ne veut pas dire que la dentition soit la cause de la plupart des affections de l'enfance ; je crois que l'on serait bien plus près de la vérité en disant que la poussée difficile d'une dent ne cause pas la maladie, mais met l'enfant dans des conditions de moindre résistance telles que son organisme réagit plus difficilement contre les causes d'infection qui l'environnent et peut ainsi plus aisément se laisser influencer par elles. »

Le docteur Luigi Concetti, dans le *Bulletin de la Société Lancisiana*, de Rome, 1900, admet une pseudo-mé-

ningite dentaire qui disparaît avec la sortie spontanée ou provoquée des dents. Comme traitement il décongestionne d'abord la tête et incise les gencives.

De 1898 à 1906, quelques thèses traitent des accidents de la première dentition.

Besson (1899) conclue ainsi : « L'éruption des dents est un des différents phénomènes de la croissance. Elle obéira donc aux lois qui régissent ces phénomènes. C'est ainsi qu'elles pourra constituer un véritable traumatisme dans un organisme dont la nutrition est pervertie. Elle pourra alors engendrer des accidents réflexes, surtout chez des enfants affectés de prédispositions morbides. Ces accidents se produiront d'autant plus facilement que l'enfant sera en bas âge et que son organisme sera dans un état d'équilibre instable... Nous admettons des accidents locaux, mécaniques ou infectieux, et des accidents généraux réflexes. Mais nous remarquons que ces accidents ont été accompagnés dans la plupart de nos observations de précocité ou de retard dans l'apparition des groupes de dents. De plus chez tous ces enfants l'alimentation et l'hygiène étaient défectueuses. En sorte que nous en concluons à des relations intimes entre l'éruption laborieuse ou pathologique et les perversions de la nutrition. L'observation des faits confirme ainsi les hypothèses que nous avons antérieurement émises : le travail d'éruption qui s'accomplit dans un organisme à nutrition altérée peut très facilement devenir traumatique et donner lieu à des troubles réflexes. »

Jacque (1879) soutient dans sa thèse les idées de son maître Cruet.

Besse (1901), par l'examen des courbes de pesées, constate que fréquemment, sous l'influence de l'éruption dentaire, la croissance d'un nouveau-né se trouve momentanément arrêtée, mais reprend sa marche ascensionnelle, aussitot la dent percée.

Savoye (1901) pense que l'évolution des dents, comme celle des autres organes, doit être absolument indolore et sans réaction et que « quel que soit l'état de la santé générale, aucune manifestation pathologique d'ordre quelconque n'apparaît et ne s'observe qu'on puisse rapporter au phénomène de l'éruption, tant qu'il n'y a pas infection locale pouvant être démontrée par l'observation directe. »

Martin (1903) dit : « la dentition n'est nullement responsable de la presque totalité des accidents qu'on lui attribue, mais elle ne va pas cependant sans se manifester autrement que par l'issue de ses éléments à travers la gencive. Le travail de la dentition n'a pas ses accidents, mais il a ses symptômes qui sont de deux ordres, fonctionnels et physiques :

S. F. Prurit gingival. Exagération de la sécrétion salivaire. Agitation. Inappétence. Modification de la courbe de poids.

S. P. Congestion et épaississement de la gencive.

Mais, dirons-nous, ceci n'est pas logique ; pourquoi tant de détours ? Pourquoi commencer par nier les accidents dits de dentition, pour venir ensuite parler de symptômes de dentition et décrire ainsi ce que l'on a tout simplement l'habitude d'appeler accidents de dentition ?

Dans le manuel du chirurgien dentiste, MM. Frey et

Lemerle disent : « Quant à nous, adoptant les conclusions du docteur Sejournet, nous envisageons les accidents de la première dentition de la même façon que le docteur Springer considère ceux de la croissance.

« L'hérédité et le milieu peuvent donner à l'organisme une modalité de la nutrition, telle qu'elle devient le premier degré de l'état pathologique. Ce n'est pas encore la maladie, mais l'état pathologique en puissance. Dès lors, les facteurs actifs, mais secondaires, évoluent avec une spécialité qui n'est explicable que par l'altération préalable de l'organisme. C'est ainsi qu'agissent le traumatisme, l'infection, les dystrophies accidentelles, les congestions, les intoxications et aussi la croissance ». Nous ajouterons à cette énumération l'influence de l'évolution des dents de lait.

Le travail de la dentition a donc pour résultat d'affaiblir le terrain qui dès lors se défendra moins bien contre les infections. De même, inversement, le mauvais état de la nutrition générale pourra influer sur l'évolution des dents qui présenteront une éruption marquée d'accidents divers. »

Enfin, récemment en août 1905, au Congrès de Cherbourg, Fédération dentaire nationale, M. Frey a fait une communication intéressante sur les accidents d'éruption dentaire et le terrain, communication qui fut plus tard le sujet d'un travail critique de M. Roy, et d'une discussion qui indique à peu près les tendances actuelles sur cette importante question des accidents de la première dentition.

M. Frey dit : « Le travail de l'éruption dans la première

période de la dentition agit comme cause prédisposante. En affaiblissant l'équilibre de l'organisme, en mettant celui-ci dans un état d'équilibre instable, au même titre d'ailleurs que le développement de tous les autres tissus et organes, et, à la moindre cause occasionnelle, agissant sur les systèmes nerveux, digestif ou circulatoire, les infections et les réflexes pourront déterminer l'état de muladie. »

A ceci M. Roy répond : « Convaincu de l'inexistence des accidents généraux dits de dentition en tant que relation entre la dentition et la pathologie de l'enfance je tiens à opposer quelques arguments aux idées de M. Frey.

« Comment expliquer la production spontanée, par le seul fait de troubles chronologiques, d'accidents d'infection générale intéressant le poumon ou l'intestin ? »

M. Roy pense qu'il faut dire que l'enfant qui présente un trouble dans la chronologie, présentera d'abord des accidents d'infection locale puis générale par propagation et non des accidents d'infection locaux ou généraux d'emblée.

Répondant à la rupture de l'équilibre de l'organisme invoqué par M. Frey, il dit : « Qu'est-ce que le travail nécessaire pour la formation des dents, comparé à celui qui est nécessaire pour le développement de tous les autres points de l'organisme. Tout au plus peut-on penser que la poussée d'un groupe de dents traduit une poussée de croissance de tout l'organisme, et du tube digestif en particulier, et que cet organisme à ce moment, sans que les dents en particulier y soient absolument pour rien, est dans un état de moindre résistance par suite de la surac-

tivité de développement de tous les organes. Et est-ce que cela ne suffit pas amplement à expliquer ces variations de poids que l'on rapporte aux dents ? »

On peut voir par cet exposé combien sont différentes les opinions des auteurs sur cette question des accidents de dentition ; cependant, en examinant de près tous ces travaux, on constate que presque toujours les auteurs ont à la fois tort et raison, raison dans ce qu'ils défendent, tort dans ce qu'ils nient, et qu'à moins de parti pris, on ne peut nier qu'entre les opinions extrêmes, existe un juste milieu. Ici, nous avons simplement le désir, nous inspirant de tout ce qui a été écrit ou dit sur cette question, et de ce que nous avons pu constater par nous-mêmes, de chercher à établir quel peut être ce juste milieu, qui doit être la vérité.

CHAPITRE II

Dans ce deuxième chapitre, nous étudierons les accidents qui, selon nous, relèvent directement et véritablement de la dentition. Accidents locaux et généraux qui nous ont paru être admis aujourd'hui par la plus grande partie des médecins et des dentistes, qui, bannissant l'exagération et le parti pris, acceptent ce que l'on ne péut nier, ce qui est de toute évidence, l'existence d'accidents de dentition, que l'on peut constater même sur des enfants répondant à l'idéal tant au point de vue constitution qu'au point de vue élevage.

Nous avons vu que l'accord est fait sur ce point, à savoir que la dentition est influencée, est liée par des rapports étroits avec l'état général ; en un mot, que l'influence du terrain sur l'éruption est indéniable.

Quant à l'influence de l'éruption des dents de lait sur l'état général, sur la pathologie générale infantile, nous pensons qu'elle existe. C'est une chose rare, il faut l'avouer, mais qu'il est possible de rencontrer quelquefois. Et quoi qu'on en dise, des auteurs et nous-mêmes avons constaté sur des prédisposés d'une part, et aussi sur des enfants exempts de toute tare héréditaire et élevés dans les meilleures conditions possibles, des petits malaises, parfois

mêmes des incidents assez sérieux qui, manifestement, étaient dus à l'éruption dentaire. Et pourquoi vouloir leur chercher une autre cause alors qu'ils disparaissent d'eux-mêmes, aussitôt effectuée la sortie de la dent. Pure coïncidence, dira-t-on ; dans ces conditions, la médecine clinique n'existe plus.

Comme accidents généraux, nous admettons : des accidents secondaires à l'infection buccale, des accidents réflexes, secondaires à la douleur.

Accidents locaux.

Nous étudierons tout d'abord l'âge d'apparition des dents et ses modalités. Certains auteurs ont cherché à préciser cet âge, regardant toute exception comme l'indice d'un mauvais état général. Pourquoi chercher à établir des règles ? Ici, comme partout ailleurs du reste en médecine, rien n'est absolu ; et pour ce qui nous occupe, des facteurs importants interviennent qui modifient dans des proportions énormes les âges d'apparition des différentes dents : (différence d'alimentation, sein ou biberon, hérédité familiale, hérédité de terrain, etc., etc.), de telle sorte que vouloir fixer un âge d'apparition normal physiologique des dents scrupuleusement exact, c'est-à-dire chez des enfants nés à terme, élevés au sein de la mère, normalement nourris et bien nourris, dont la courbe de poids s'est rapprochée aussi près que possible de la courbe schématique, chez des enfants n'ayant présenté à aucun moment des troubles pathologiques d'aucune espèce, digestifs en particulier, c'est, il me semble chercher à étendre à tous ce qui n'est en réalité qu'une infime minorité ; avant tout, en effet, ce qu'il faut considérer, ce n'est pas tant la régularité dans l'âge d'apparition des dents que les âges extrêmes.

Avec Comby, Millon et d'autres, nous pensons que l'évolution dentaire normale commence à cinq mois et demi, six mois, et finit à vingt-quatre, vingt-cinq mois.

Le tableau chronologique de la première dentition normale donné par le *Manuel du chirurgien dentiste* nous semble être celui qui se rapproche le plus de la vérité. Cependant l'apparition des incisives est souvent plus précoce et voici pour nous ce que l'on peut constater souvent :

	Sein.	Biberon.
	—	—
I. I. C.	6 à 8 mois.	8 à 10.
I. S. C.	vers 9 mois.	vers 11 mois.
I. S. L.	vers 10 mois.	12 mois.
I. I. L.	vers 11 mois.	vers 14 mois.
1res Molaires.	de 16 à 17.	18 mois.
Canines.	vers 20 mois.	22 mois.
2e M. S.	23 à 24 mois.	26 mois.
2e M. I.	vers 25 mois.	28 à 30 mois.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi et la première dentition est quelquefois précoce, souvent tardive. Voyons donc maintenant ces anomalies d'éruption.

1° *Anomalies dans l'ordre d'éruption.* — Au lieu de voir apparaître d'abord les I. I. C., on peut très bien voir les I. S. C. ou L., même des M., ce qui est il est vrai très rare. Cependant nous-mêmes avons vu une enfant, d'hérédité douteuse, élevée au biberon qui a eu sa première dent à dix mois et c'était une grosse molaire inférieure

gauche. Aujourd'hui, à vingt-cinq mois, tout est normal.

2° *Anomalie par éruption précoce.* — On a signalé la présence de dents à la naissance (Curius Dentatus, Robert le Diable, Richard III d'Angleterre, Louis XIV, Mazarin, Mirabeau. Trois cas sur 18.000 naissances à la maternité de Paris de 1858 à 1868, ce qui est à peu près la moyenne. Nous en avons observé un cas à la maternité de l'hôpital Saint-Louis avec M. Potocki, en 1906 ; il y avait deux dents, I.I.L.D. — 1er M.D).

En général, lorsqu'elles persistent, ces dents sont de qualité inférieure.

Il est plus intéressant d'étudier les dents qui apparaissent vers le troisième ou quatrième mois ; précocité qui peut être partielle ou porter sur la première dentition toute entière qui se trouve alors terminée vers dix-huit mois, fait qui se rattache le plus souvent à une disposition familiale ou héréditaire.

Mais il ne faut pas confondre ces éruptions trop précoces, ces dents à la naissance, avec un processus spécial décrit par Capdepont sous le nom de folliculite expulsive. D'après cet auteur, l'infection du follicule se fait par l'intermédiaire du gubernaculum dentis persistant, déterminant l'inflammation et la turgescence des tissus folliculaires. Cette infection peut être d'origine endogène ou exogène, ou peut même se compliquer de traumatisme (introduction du doigt de l'accoucheur dans la bouche du fœtus au cours de la manœuvre de Moriceau). La dent ne comprenant à ce moment qu'un chapeau d'émail doublé

d'ivoire et recouvrant le bulbe dentaire, est véritablement expulsée. Le chapeau adamantino-dentaire tombe, laissant à découvert le bulbe qui bientôt se flétrit et disparaît. Ce processus est souvent accompagné de phénomènes généraux (T° Diarrhée. Mauvais état général. Amaigrissement) parfois même il aboutit à la mort.

En résumé, dit Capdepont : « La soi-disant éruption précoce des dents de lait n'est le plus souvent que l'élimination d'une dent en voie de formation consécutive à une inflammation du follicule. Le diagnostic entre l'éruption précoce vraie et la folliculite expulsive sera assuré par les caractères suivants qui ne se rencontrent que dans le deuxième cas : sortie très rapide de la dent, que certains auteurs ont vue s'élever de 2 à 3 millimètres en un jour, mobilité extrême de l'organe, turgescence et état inflammatoire de la gencive à son niveau. »

3° *Anomalie par éruption tardive.* — Le retard dans l'éruption de la première dentition est variable, soit que d'emblée les dents n'apparaissent qu'à dix, douze mois et plus, soit qu'au contraire les premières dents étant venues à leur époque, le retard n'apparaît que plus tard ; il y a alors ralentissement. Ces faits tiennent à un état général spécial, à quelque état diathésique et ont pour cause le plus souvent : une alimentation défectueuse la scrofule, la tuberculose, la syphilis héréditaire, le rachitisme, le crétinisme, les végétations adénoïdes, le myxœdème.

Chez les enfants bien portants, les dents sortent le *plus souvent sans accidents*, normalement, sans provoquer le

moindre désordre, mais cependant parfois cet acte physiologique peut présenter des complications.

Et d'abord cette éclosion de la dent s'accompagne quelquefois d'une certaine inflammation locale, *gingivite simple*. Au niveau de la dent à sortir la gencive grossit, la muqueuse devient rouge, violacée même, plus ou moins boursouflée, légèrement douloureuse. L'enfant salive plus qu'à l'ordinaire, il est impatient, nerveux, grognon, il pleure facilement ; pendant le sommeil il s'agite. Tantôt il refuse le sein, tantôt au contraire il se jette voracement sur tout ce qu'on lui présente. Il porte constamment à sa bouche sa main, les objets qu'il peut saisir, les mordille avec fureur et rage ; lorsque même ce sont ces doigts, il se fait mal à crier. Et il en est ainsi, ses signes étant plus ou moins accentués, jusqu'à l'apparition de la dent, puis tous rentre dans l'ordre.

Mais l'inflammation de la muqueuse buccale peut être plus accentuée et l'on peut avoir (Description de M. Comby) :

De la *stomatite pultacée*, caractérisée par la présence d'un exsudat opalin ou crémeux ; quelquefois même la gencive est tuméfiée, saignante ;

De la *stomatite ulcéreuse*, soit avec ulcération localisée gingivale, soit avec ulcérations multiples buccales ;

De la *stomatite aphteuse ou herpétiforme* avec des érosions petites, isolées, disséminées et régulièrement arrondies ;

De la *stomatite ulcéro-membraneuse*, plus souvent liée à l'éruption des molaires ; ulcérations étendues, irrégulières, profondes, avec salivation abondante, haleine

fétide, ganglions sousmaxillaires, fièvre, diarrhée ; l'enfant refuse le sein ou à manger. Le plus souvent on observe ces cas chez des enfants mal nourris, dont les dents ont une implantation vicieuse ou se carient de bonne heure.

La *périostite alvéolo-dentaire*, rare chez le jeune enfant, se rencontre en général comme conséquence de cette dernière lésion, la stomalite ulcéro-membraneuse. Elle peut se terminer par résolution ou suppuration, s'ouvrir au dehors ou en dedans, s'accompagner ou non d'adénite suppurée. On peut même rencontrer, très rarement il est vrai, de l'ostéite suppurée avec séquestre (*Thèse* de Besson).

D'autres fois, on peut observer ce que l'on a appelé les *abcès prédentaires*, qui pour certains auteurs se formaient de la façon suivante : lorsque la dent est sur le point de sortir, qu'elle a aminci la gencive, la muqueuse se laisse facilement pénétrer par les éléments infectieux de la bouche ; entre la dent et la muqueuse se produit alors un foyer infectieux. Infection locale qui à ce degré s'accompagne souvent de troubles généraux assez sérieux : T° Troubles digestifs, troubles nerveux. La porte d'entrée peut également être provoquée par la présence d'aphtes, d'ulcérations superficielles, de lésions dues à des corps étrangers, le hochet par exemple. Mais dans certains cas, la solution de continuité et l'infection peuvent se faire d'une façon particulière, que nous avons eu le bonheur d'observer quelquefois et qui est la suivante : les deux gencives opposées haut et bas étant gonflées et dures, si l'une des dents est suffisamment évoluée, ou même par l'intermédiaire d'un autre corps étranger, lors d'un mou-

vement de mâchoire, par pression il y a coupure de la gencive qui cachait cette dernière dent ; la lésion étant faite, l'infection sera facile.

Par le même procédé nous avons observé deux fois un accident local de dentition que jusqu'à ce jour nous n'avons trouvé relaté nulle part, nous voulons parler de l'*hémorragie simple gingivale* précédant l'éruption des dents de lait et constatée, bien entendu, en dehors de toute stomatite.

Observations d'hémorragie simple de la gencive.

1° Enfant de 6 mois, né à terme, élevé au sein par la mère, bien portant, de parents jeunes, robustes. Subitement une après-midi alors qu'il jouait, s'arrête, pleure et bave aussitôt une salive rougeâtre. A l'examen on constate sur la gencive supérieure normale au niveau des incisives, une petite lésion parallèle au bord alvéolaire d'où s'écoule un peu de sang. En écartant doucement les lèvres de la plaie, manœuvre presque indolore, on aperçoit dans le fond un point blanc, dur, qui était la dent. Le lendemain les lèvres de la plaie s'étaient complètement rapprochées et ce n'est que plusieurs jours après que définitivement la dent, la première de toutes, faisait son apparition.

2° Enfant de 7 mois et demi, né à terme, élevé au sein pendant trois mois puis au biberon, bien portant, parents en bonne santé, alors que depuis quelques jours il salivait beaucoup, se met un jour subitement à baver une salive rougeâtre. A l'examen, petite lésion oblique au bord alvéolaire d'où s'écoule un peu de sang. Comme dans la première observation, on apercevait au fond de la plaie la

dent. Les jours suivants, gencives rouges légèrement gonflées, douloureuses, et la dent sort.

Observation d'hémorragie de la gencive suivit d'abcès.

Enfant 7 mois, né à terme, élevé au biberon, bien portant, parents en bonne santé, agité, grognon depuis quelques jours. Subitement salive rouge. A l'examen, lésion parallèle au bord alvéolaire, au fond la dent ; les jours suivants la gencive gonfle, devient rouge foncé, douloureuse ; les lèvres de la plaie s'écartent, deviennent violacées, saignantes, par la pression on fait sourdre une gouttelette de pus. Petite incision, lavages ; guérison en huit jours avec sortie de la dent.

Par conséquent, on peut rencontrer chez un enfant même sain et dont l'éruption dentaire se fait normalement, des signes locaux, variables d'intensité, souvent sans gravité, signe qu'on ne peut sincèrement nier et dont le plus fréquent est la douleur. Pourquoi cette douleur, dira-t-on ? Seul le travail de l'éruption dentaire peut l'expliquer. Jusqu'à trois mois, l'organe dentaire se forme ; à ce moment commence l'éruption. La couronne dentaire formée, il faut pour qu'elle puisse sortir que l'orifice de l'alvéole s'élargisse, que la partie du sac qui recouvre la couronne disparaisse, ainsi que le tissu fibreux aréolaire et la couche épithéliale superposés. La paroi folliculaire comprimée par la progression de la couronne dentaire se congestionne, congestion qui s'étend bientôt aux tissus environnants ; d'où phénomène d'ostéite, ostéite raréfiante d'abord qui fait disparaître la paroi alvéolaire antérieure, qui permet à

la dent d'achever son mouvement en avant, puis ostéite condensante qui élève les parois de l'alvéole à mesure que la couronne progresse vers l'extérieur ; enfin compression et érosion du sac folliculaire et de la muqueuse gingivale. Ce travail peut se faire si bien, si exactement que le sujet n'en éprouve aucune sensation. D'autres fois, au contraire l'équilibre étant détruit, on comprend qu'il y ait là assez de cause de douleur et même nous pensons que bien rares sont les cas où la dentition ne s'accompagne pas d'une certaine somme de souffrance.

En résumé, les symptômes locaux que l'on peut observer sont :

La douleur ;
Le ptyalisme ;
La gingivite simple et les diverses stomatites ;
La périostite ;
Les abcès prédentaires ;
L'hémorragie gingivale.

Donc du moment que ces symptômes locaux existent, il n'y a pas de raison pour ne pas admettre que dans certains cas, surtout chez des individus prédisposés et aussi chez des individus sains à dentition laborieuse, ces symptômes puissent s'exagérer, donner naissance à des symptômes généraux secondaires ou à des symptômes réflexes au point de constituer un véritable état morbide que l'on désigne sous le nom d'accidents de dentition.

Accidents généraux.

Nous abordons maintenant la classe des accidents généraux de dentition, tant combattus, niés même et par des hommes éminents. Cependant il est incontestable que l'époque de la première dentition est une des plus mauvaises que l'enfant ait à traverser. A ce moment il est facilement atteint de malaises, d'accidents plus ou moins graves. Quelles en sont les causes ? Elles sont multiples mais nous pensons qu'avant tout il faut considérer l'âge même de l'enfant qui représente justement l'époque où s'accomplissent dans son organisme les changements les plus importants et entre autres l'apparition des dents. Celle-ci, quoique phénomène physiologique devant se passer normalement sans douleur, sans accidents, peut bien dans certains cas, sous certaines influences, devenir anormale, douloureuse, et être la source d'accidents plus ou moins graves.

Il est certain que là les influences extérieures, les influences d'hérédité et de terrain, tiennent fort probablement la plus grande place, mais que néanmoins les mêmes accidents peuvent se rencontrer chez des sujets exempts de tout reproche, de toute tare, de santé parfaite, en ad-

mettant que la perfection puisse être atteinte dans le développement de l'être, chose si fragile.

L'évolution de la première dentition joue-t-elle un rôle pathologique réel dans la vie de l'enfant? Nous répondons oui, la dentition doit tenir une place dans les maladies de l'enfance, place modeste il est vrai, beaucoup plus qu'on ne la lui a faite pendant longtemps, mais il est certain cependant que l'évolution dentaire est un facteur étiologique qui n'est pas à dédaigner. Qu'elle intervienne souvent d'une façon indirecte, c'est juste ; les accidents généraux secondaires aux accidents locaux de l'éruption sont peut-être bien les plus fréquents ; mais il ne faut pas considérer que l'infection ; il existe également des accidents généraux d'ordre réflexe ; qu'il soit difficile de reconnaître les rapports qui les unissent à la dentition, nous le reconnaissons, mais pourquoi toujours vouloir en faire une simple coïncidence qui, à la longue, finit par être bien singulière.

Enfin nous admettons volontiers la théorie de l'enchaînement de Bigeard, théorie très ingénieuse qui doit certes quelquefois être juste. Et en effet nous tenons à insister tout particulièrement sur le premier entre tous les accidents locaux et généraux, sur la douleur de dentition, niée pendant longtemps, rapportée à tort au passage de la couronne à travers les tissus mous et qui est bien plutôt une douleur profonde, ayant pour cause le travail même de l'éruption. Aussi pourquoi l'enfant, qui réagit si facilement à toutes les excitations, ne réagirait-il pas à la douleur de dentition, et en particulier les prédisposés.

Etudions donc les accidents généraux que l'on peut rapporter au travail de la dentition.

Fièvre : L'éruption dentaire peut s'accompagner d'un léger mouvement fébrile, chaleur et moiteur de la peau, l'enfant n'en est pour ainsi dire pas incommodé. D'autres fois, au contraire, l'état est sérieux ; mais nous avons constaté que les choses se présentaient toujours de la même façon : début brusque, durée éphémère, guérison rapide.

Alors que l'enfant était bien portant, gai, subitement il devient maussade, triste, la peau est chaude, brûlante, la face rouge, injectée, quelquefois sueurs. L'enfant refuse toute nourriture, ne dort pas ou, au contraire, est somnolent; puis après quelques heures, un jour au plus, tout disparaît et souvent une dent a percé.

Cette fièvre peut avoir pour cause des phénomènes inflammatoires mais elle peut aussi exister en dehors d'eux.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE

1° Enfant bien portant, 8 mois. Une après-midi qu'il jouait, subitement il s'arrête, devient maussade, grognon, refuse toute nourriture mais veut bien boire de l'eau. La face se congestionne, peau moite. T., 38°. Nuit mauvaise, agitée, sueurs. Le lendemain dans la soirée tout disparaît, reprise de l'alimentation, nuit plus calme T., 37°2. Le matin en examinant la bouche on conste qu'une I. S. D. est sortie.

2° Enfant bien portant, 8 mois et demi. Au milieu de la

nuit se réveille en criant, ne dort plus, agitation, sueurs légères ; refuse le sein ou tète une seconde et lâche le sein en pleurant. Le matin, T., 38°2, reste ainsi jusqu'à onze heures du soir, puis s'endort. Le matin, au réveil, l'enfant est charmant, 36°8, tète, mais mord le sein. Une I. I. D. était sortie ; quatre jours après la deuxième sortait.

3° Enfant bien portant, 8 mois. Sans cause apparente devient triste, refuse le biberon, ne joue plus, est somnolent ; pas de troubles digestifs, T., 37°8, sueurs légères. Cet état inquiétant dure deux jours, puis tout disparaît, le soir du troisième jour, on s'aperçoit qu'une I. I. D. est sortie.

Troubles digestifs. — Les troubles digestifs que l'on observe sont la diarrhée et les vomissements ; ils passent pour être les accidents les plus fréquents. A quoi sont-ils dus ?

Certains ont expliqué le mécanisme de la diarrhée par des mouvements péristaltiques et le mécanisme de vomissements par des mouvements antipéristaltiques anormaux.

D'autres en ont fait le résultat d'une inflammation, d'un catarrhe gastro-intestinal.

Pour Pamard et bien d'autres ce sont des phénomènes réflexes.

Pour Peter, « le travail de la dentition a pour conséquence la production de phénomènes réflexes variés : abondante salivation, hypersécrétion gastrique d'où vomissements ; hypersécrétion intestinale d'où diarrhée. »

Vogel de Dorpat pense que ces diarrhées sont liées à la salivation abondante qui, déglutie, jouerait constamment l'effet d'un purgatif.

Enfin pour d'autres auteurs la diarrhée est due à ce fait que les gencives étant douloureuses, l'alimentation est difficile ; difficultés qui entraînent des troubles gastriques puis intestinaux. L'enfant tétant mal, digère mal. Ce qui est fréquent, c'est la suralimentation ; l'enfant qui a mal aux dents est agité, il pleure facilement, ce qui ennuie l'entourage et pour avoir la paix la mère ou la nourrice lui donne sans cesse le sein ou le biberon.

Quant à nous nous reconnaissons à la diarrhée de dentition une origine réflexe et une origine alimentaire. Nous considérons comme capitale l'influence d'une alimentation défectueuse et d'une élaboration mauvaise des substances digestives, que ce soit par suralimentation, allaitement artificiel mal dirigé, sevrage précoce, ou encore aliments impropres au tube digestif de l'enfant. Et nous avons là la clef de la plupart des accidents de dentition qui sont ainsi le résultat d'une digestion imparfaite, qui sont en un mot des phénomènes d'auto-intoxication ; et alors ce que nous recommandons ce n'est pas tant d'examiner l'état de la bouche que de surveiller ce qui entre dans cette bouche.

De même au point de vue pronostic, il faut séparer la diarrhée d'ordre réflexe, passagère, toujours bénigne, et la diarrhée d'ordre alimentaire qui peut être le premier symptôme d'accidents plus graves.

Troubles nerveux. — Nous ne ferons que citer le

tremblement décrit par Hénoch sous le nom de contracture idiopathique des enfants ; nulle part nous n'en avons trouvé d'observations.

Quant aux convulsions qui sont si fréquentes chez l'enfant, selon nous elles peuvent avoir pour cause la douleur, ou être d'origine intestinale. C'est surtout au moment de la percée des canines et des grosses molaires qu'on les observe. Rares chez les enfants bien portants, de famille saine, elles sont au contraire fréquentes chez les prédisposés, enfants d'épileptiques, d'hystériques, d'alcooliques. L'hérédité nerveuse trouve là des conditions favorables à se manifester pour peu que la moindre cause occasionnelle se produise.

Les convulsions peuvent présenter différentes formes : elles peuvent être passagères, fugaces ou tenaces ; le plus souvent ce sont des convulsions cloniques mais dans quelques cas on peut observer des convulsions toniques. En tout cas nous pensons que les accidents convulsifs qui dépendent de la dentition sont exclusivement limités à la face ; les convulsions généralisées sont dues à des maladies du cerveau.

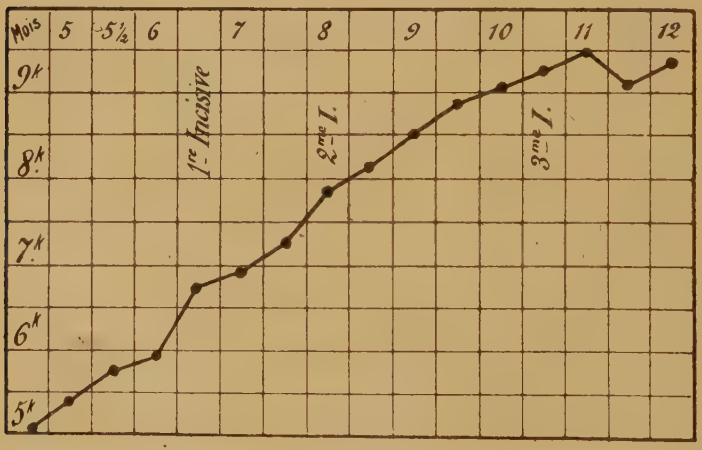
Troubles pulmonaires. — Nous ne reconnaissons que les accidents broncho-pulmonaires secondaires à une infection buccale d'origine dentaire. La flore microbienne buccale devenant à la fois plus riche et plus virulente on conçoit aisément que la propagation de l'infection à l'arbre pulmonaire soit facile.

Modalités de la courbe des poids. — Il est intéressant

d'examiner les variations de la courbe des poids pendant le travail de la dentition. Sur les 21 observations que nous avons, 17 ont été prises à l'hôpital, 4 ont été recueillies en ville avec beaucoup de soins sur des enfants nés à terme, élevés au sein, de parents bien portants.

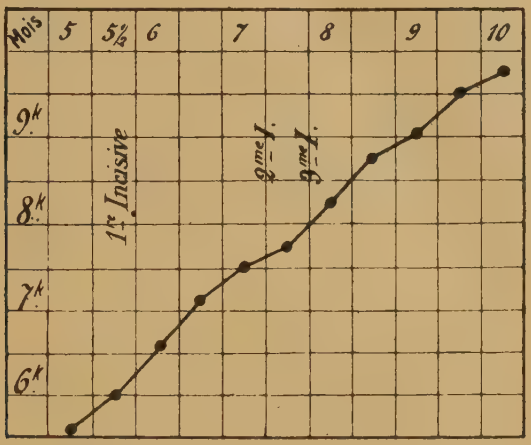
OBSERVATIONS SUR LES MODALITÉS DE LA COURBE DES POIDS

1° Enfant né à terme 2 k. 450. Mère malade pendant allaitement.



Progression plus rapide au moment de la percée des deux premières Incisives, suivit la première fois de diarrhée légère. La mère ayant été prévenue, à la troisième dent par excès de prudence peut être la progression est légèrement insuffisante.

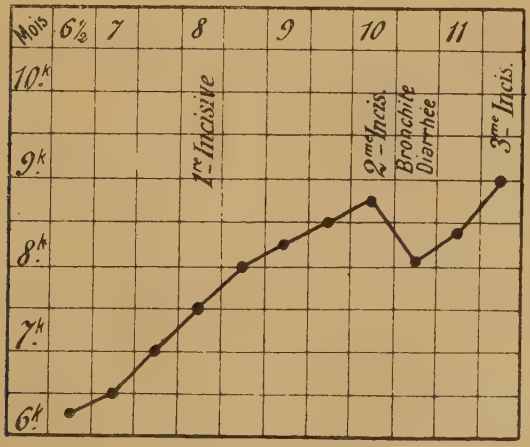
2° Enfant né à terme 3 k. 500, Parents bien portants. Sein.



Aucun accident nofable.

Enfant très grand, très fort, en avance au point de vue dentaire.

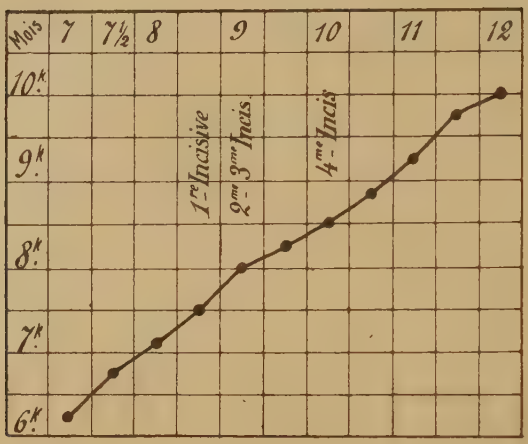
3° Enfant né à terme 2 k. 850. Parents bien portants. Sein.



Au point de vue dentaire, léger retard.

Mais pas d'accidents sérieux sauf une progression insuffisante à la 2e Incisive.

4° Enfant né à terme 3 k. 100. Parents bien portants Sein.

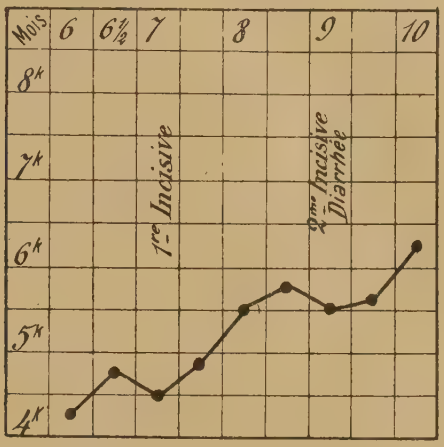


Quoique sorties en peu de temps, 40 jours, les 4 incisives ne paraissent pas avoir influencé l'état général de l'enfant.

5° Enfant né à terme. Parents bien portants 3 k. 200. Allaitement mixte.

Progression générale insuffisante.
Enfant petit, très bien portant.

6° Enfant né à terme 2 k. 130. Père bien portant. Mère malade pendant grossesse. Allaitement mixte.

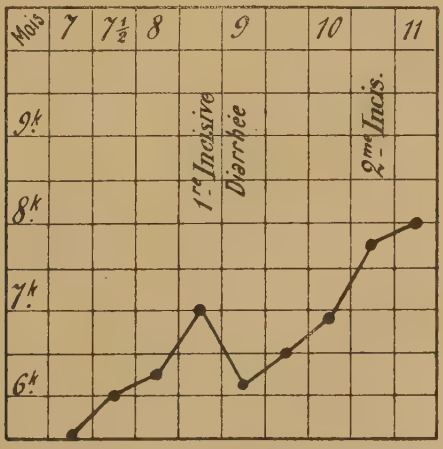


Diminution légère à la 1re dent.

Diminution plus considérable à la 2e dent, mais diarrhée.

Evolution dentaire lente.

7° Enfant né à terme 3 k. 050. Parents bien portants. Allaitement artificiel.

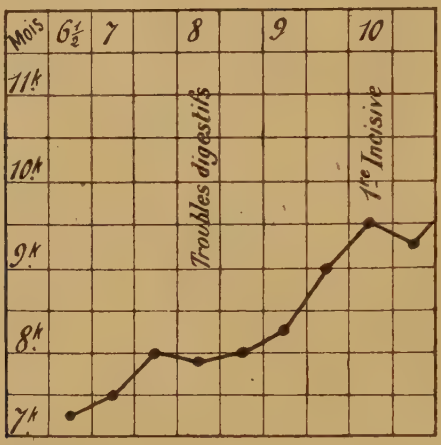


Progression trop rapide par suralimentation.

Diminution considérable par troubles digestifs consécutifs.

Dentition un peu en retard.

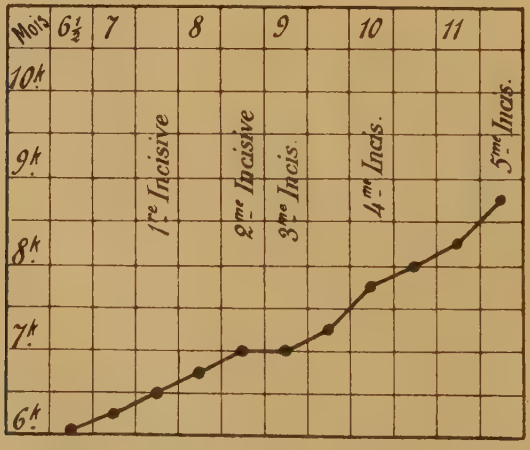
8° Enfant né à terme 2 k. 900. Parents bien portants. Allaitement artificiel.



Gros enfant mou.

Evolution dentaire en retard.

9° Enfant né à terme 2 k. 320. Parents bien portants. Allaitement artificiel.



Intéressant par ce fait qu'il n'y a rien d'anormal.

Les modalités que l'on peut observer sont les suivantes :

1° Progression trop rapide due à la suralimentation.

2° Progression insuffisante.

3° Etat stationnalre.

4° Diminution de poids, due souvent au refus de boire, peut être légère ou considérable.

Pour les variations de poids directement en rapport avec la dentition, nous avons constaté que les augmentations sont plus fréquentes que les diminutions, ces diminutions étant elles-mêmes presque toujours legères et passagères.

De l'examen de nos observations on peut dire :

1° Que le plus souvent sur des enfants bien portants, élevés au sein, de famille saine, l'évolution dentaire se fait sans se manifester d'aucune façon sur la courbe de poids.

2° Les variations de poids se constatent en général, soit sur des enfants allaités artificiellement, soit nés ou allaités par des parents atteints de quelques affections aiguës ou chroniques.

Accidents cutanès. — Enfin, nous étudierons comme accidents généraux de dentition, ces érythèmes fugaces, ces rougeurs passagères des joues que l'on observe souvent au cours de l'évolution dentaire ; ce sont des accidents bénins, des troubles vaso-moteurs.

Quant aux accidents pulmonaires primitifs, coryza, toux, bronchite, laryngite striduleuse... (les accidents pulmo-

naires secondaires à une infection buccale étant incontestables) ;

Aux dermatoses, urticaire, lichen, prurigo, eczéma, impétigo, rubéole, varicelle de dentition, pemphigus, herpès...

Aux accidents des organes des sens, conjonctivite, kérato-conjonctivite phlycténulaire, la vraie ophthalmie dentaire, les otites...

Aux accidents urinaires et autres, phimosis, cystite, uréthrite... nous ne pouvons avec la meilleure volonté possible les reconnaître comme accidents de dentition. Ces différentes affections peuvent se rencontrer au cours de l'évolution dentaire, mais après un examen sérieux on ne peut établir d'une façon incontestable aucune relation entre ces accidents et la dentition. Au contraire, ils sont facilement explicables par des influences extérieures, par des influences héréditaires, arthritisme, tuberculose, syphilis, par des troubles de nutrition.

Cependant, il faut admettre que la dentition entre pour une part dans les manifestations morbides de l'enfance. C'est un facteur étiologique qu'il ne faut pas de parti pris repousser, et enfin on peut dire avec Cruet que si la dentiton n'est pas toujours la cause même des accidents, elle en est souvent la cause indirecte.

CONCLUSIONS

I. — L'éruption dentaire n'est pas un phénomène aussi simple qu'on l'a longtemps prétendu. C'est un travail complexe qui s'accompagne souvent de douleur.

II. — Au point de vue pathogénique, la dentition doit tenir une place dans les maladies de l'enfance, place modeste il est vrai, beaucoup plus qu'on ne la lui a faite pendant longtemps ; mais il est certain cependant que l'évolution dentaire est un facteur étiologique qui n'est pas à dédaigner.

III. — Il existe des accidents de dentition qui, rares chez les enfants bien portants, sont plus fréquents chez les prédisposés et les affaiblis. Ce sont des accidents fugaces qui apparaissent et disparaissent avec une rapidité presque caractéristiques.

Accidents locaux :

Douleur ;

Ptyalisme ;

Gingivite simple et les diverses stomatites ;

Périostite ;

Abcès prédentaires ;

Hémorragie gingivale.

Accidents généraux, secondaires aux accidents locaux ou d'ordre réflexe ;

Fièvre ;

Troubles digestifs ;

Troubles pulmonaires ;

Convulsions ;

Variations de la courbe des poids ;

Erythème fugace des joues.

Les autres affections qui surviennent au cours de la dentition en sont, pensons-nous, absolument indépendantes. Troubles pulmonaires, exceptés les affections broncho-pulmonaires secondaires à une infection buccale, éruptions cutanées, etc., etc..., qui ne sont que des manifestations de l'arthritisme, tuberculose, syphilis, ou des vices d'alimentation.

IV. — Enfin au point de vue de l'hygiène infantile, il est important de répandre cette idée que les accidents de cette période de l'enfance ne sont pas toujours dus à la dentition, mais souvent à des fautes d'alimentation, de façon à traiter ces accidents sans retard au lieu de perdre un temps précieux en se contentant de dire : « Ce sont les dents » et cela pour le plus grand bien des enfants qui sont déjà tant décimés.

Vu : Le Président de la Thèse
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Duvernoy. — Mémoires à l'Académie des Sciences, 1689.
Eustachius. — Opuscula Anatomica, 1707.
Girtanner et Hunter. — Traité de la dentition, 1728.
Bunon. — Maladies des dents, 1743.
Fauchard. — Nouveaux éléments d'Odontologie, 1754.
Haller. — Elementa physiologica corporis humani, 1764.
Rosen de Rosenstein. — Maladies des enfants, 1787.
Baumes. — Traité de la première dentition, 1806.
Capuron. — Des enfants, 1813.
Henke. — Entwitckelungskrankheiten, 1814.
Serres. — Nouvelle théorie de la dentition, 1817.
Guibert. — *Archives générales de Médecine*, 1827.
Billard. — Traité des maladies des enfants, 1828.
Sauvinet. — De la première dentition, 1833.
Guersant. — Dictionnaire de Médecine, 1835.
Patenotre. — Période de la dentition, 1838.
Richard (de Nancy). — Traité pratique des maladies de l'enfance, 1839.
Eisenman. — Accidents qui accompagnent la dentition, 1841.
Rillet et Barthez. — Traité des maladies de l'enfance, 1843.
Mourret. — Première dentition, 1847.
Duclos (de Tours). — Bulletin de Thérapeutique, 1847.
Trousseau, 1848.
West. — Maladies des enfants, 1848.

Bigeard. — Etude pathologique de l'éruption des dents provisoires, 1849.

Delabarre. — 1851.

Gallice. — De la première dentition, 1851.

Fournier. — *Thèses*, Paris, 1852.

Parisot. — 1856.

Hannard. — 1858.

Prudhomme. — 1860.

Verne. — 1863.

Michalski. — 1872.

Ch. Tomes. — Anatomie dentaire, 1873.

J. Tomes. — Chirurgie dentaire, 1873.

Politzer. — Ueber die dentitione Zugeschriebenenkrank, 1874.

Flechman. — Der Erste Zahndurchbruch des Knides nebst einer Geschichtlichen Einleitung, 1877.

Lévêque. — De l'éruption des dents temporaires. *Thèse*, Paris, 1881.

Descamps. — Atrophie dentaire par syphilis, 1882.

Abadie. — Accidents de la première dentition, 1884.

Seigneur. — La dentition pendant les deux premières années, 1888.

Comby. — *Archives générales de Médecine*, 1888.

Magitot. — *Archives générales de Médecine*, nov.-déc., 1881. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1892.

Poinsot. — Accidents de la première dentition, 1893.

Mahieu. — Evolution de la première dentition, 1893.

Meunier. — Des accidents de la première dentition. Toulouse, 1895.

Arnstein. — Varsovie Medycyna, 1895.

Kassowitz. — *Journal de Clinique et Thérapeutique infantiles*, 1896.

Champret. — *Revue Médicale*, p. 253, 1897.

Chérot. — *Thèse*, Paris, 1898.

Ausset. — Leçons cliniques. Lille, 1898.

CRUET. — Hygiène et Thérapeutique des maladies de la bouche. 1898.

— *Revue de Stomatologie*, 1899.

BESSON. — *Thèse*, Paris, 1899.

JACQUE. — *Thèse*, Paris, 1900.

LUIGI CONCETTI. — *Bulletin de la Société Laucisiana*. Rome, 1900.

BESSE. — *Thèse*, Paris, 1901.

SAVOYE. — *Thèse*, Paris, 1902.

MARTIN. — *Thèse*, Paris, 1903.

LABBEY. — *Thèse*, Paris, 1904.

Revue de Stomatologie, 1890 à 1906.

Odontologie, 1892 à 1906.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)